PROPOSITIONS

N° 53.

DE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

THÈSE INAUGURALE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 20 mars 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR F.-P.-VICTOR TOURNIER, de Vicdessos,

Département de l'Arriège.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Suppléant*.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER, *Examinateur*. / BOUILLAUD, *Président*. / CHOMEL, *Examinateur*.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Examinateur*. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert, *Examinateur*.
Blandin.	Hatin, *Examinateur*.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet, *Suppléant*.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.
Dubois.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs qu'elle nentend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES.

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

AU PLUS CHER DES ONCLES,

JEAN-BAPTISTE TOURNIER,

Chevalier de la Légion-d'Honneur; Régisseur de la manufacture royale des tabacs de Paris.

Reconnaissance éternelle.

F.-P.-V. TOURNIER.

PROPOSITIONS

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PROPOSITIONS DE MÉDECINE.

I.

La péripneumonie est presque toujours compliquée de pleurésie ; la pleurésie, au contraire, est rarement compliquée de pneumonie. Il arrive souvent que lorsque l'on fait l'ouverture du corps d'un individu qui a succombé à la pleurésie, on trouve le tissu du poumon rouge, serré, dans l'étendue d'une, de deux, de trois lignes et même d'un pouce; mais il faut se prémunir contre l'erreur que l'on commet souvent, d'attribuer cette altération à l'inflammation : elle est due évidemment au resserrement et à la compression des lobules pulmonaires.

II.

La douleur plus ou moins vive, que la plupart des malades affectés de pneumonie, accusent au niveau ou un peu au-dessous de

l'un ou de l'autre sein, cesse ordinairement long-temps avant la terminaison de la pneumonie; on l'a vue quelquefois précéder tous les autres symptômes.

III.

La gêne de la respiration n'indique pas toujours le degré et l'étendue de la pneumonie.

IV.

L'expectoration formant dans le vase une matière gluante, ayant l'aspect de jus de pruneaux, est un des signes les plus fâcheux de la pneumonie aiguë : cette affection est alors arrivée à l'état d'hépatisation grise, comme ne le démontre que trop souvent l'autopsie cadavérique. De larges vésicatoires, appliqués sur la poitrine, peuvent, dans quelques cas, produire d'heureux résultats ; j'en ai même plusieurs exemples ; je dois cependant dire que dans trois cas de pneumonie traités par la méthode *razorienne*, ce moyen extrême est resté sans effet.

V.

Le râle crépitant subsiste quelquefois long-temps après la disparition de tous les autres symptômes, alors que le malade semble n'avoir plus aucun danger à courir. Le médecin doit y veiller attentivement; car la persistance de ce râle indique qu'il est encore quelque point du parenchyme pulmonaire affecté d'inflammation.

VI.

Le prognostic d'une pneumonie double est toujours grave.

VII.

L'emploi du tartre stibié à haute dose contre la pneumonie aiguë est

rarement suivi de succès. Quelques malades le supportent avec assez de facilité ; chez d'autres, il détermine des accidens plus ou moins graves du côté des voies digestives, qui forcent à en suspendre l'usage.

VIII.

L'état du pouls ne fournit pas toujours des indications précises relativement à l'emploi des évacuations sanguines dans la pneumonie ; souvent même, lorsqu'il existe une hypertrophie concentrique du cœur, et surtout chez les vieillards, l'état du pouls n'est nullement en rapport avec la phlegmasie pulmonaire ; et alors on est détourné de l'emploi des moyens que réclamerait cette affection.

IX.

La gangrène des poumons est une affection assez rare ; les auteurs n'en citent que peu d'exemples ; j'ai eu cependant occasion de l'observer deux fois.

X.

Lorsque la gangrène est bornée à une petite portion du poumon, la mort peut se faire long-temps attendre.

XI.

La pectoriloquie est un des signes stéthoscopiques qui indiquent le mieux l'existence d'une caverne dans les poumons ; cependant elle n'existe pas toujours ; dans bien des cas, elle ne peut être appréciée, soit qu'il existe une aphonie, soit par toute autre circonstance : aussi le râle caverneux, qui est plus constant, et que l'on peut toujours entendre assez distinctement, doit-il être regardé comme un signe diagnostique plus certain.

XII.

Des tubercules disséminés et à l'état de crudité peuvent se développer chez des individus parfaitement bien constitués, et ne déterminer pendant long-temps aucun désordre dans les fonctions; il est alors très-difficile, pour ne pas dire impossible, de constater leur existence. Mais quand, sous l'influence d'une cause légère, il survient une inflammation bronchique ou pulmonaire, cette affection, d'abord peu grave, se prolonge au-delà de son terme ordinaire, et bientôt la matité, le râle, montant et descendant, analogue au *ron ron* du chat, des flocons nageant dans les crachats, le dépérissement rapide des malades, font présumer qu'il existe des tubercules, et l'autopsie cadavérique ne confirme que trop souvent cette présomption.

XIII.

Les malades affectés d'inflammations chroniques ou de lésions de tissu d'un organe ne succombent pas toujours par suite des progrès naturels de la maladie; la mort survient souvent à une époque plus ou moins avancée, tantôt par l'exaspération de la phlegmasie primitive, tantôt par l'apparition d'une nouvelle phlegmasie.

XIV.

Ces phlegmasies intercurrentes peuvent se produire ou par continuité, ou par contiguité de tissu, ou bien d'une manière en quelque sorte mécanique, par la perforation d'un organe voisin; ou bien encore elles se développent sans cause appréciable, dans un organe plus ou moins éloigné de celui qui était primitivement affecté.

XV.

Les organes sur lesquels les phlegmasies intercurrentes sévissent de préférence sont, parmi les séreuses : le péritoine, la plèvre et le péricarde; parmi les muqueuses, la gastro-pulmonaire; parmi les parenchymes, le poumon. Il ne faudrait pas croire que ces divers organes s'affectent indifféremment dans une phlegmasie quelconque; il est, au contraire, d'observation que quelquefois, dans une maladie donnée, lorsqu'une phlegmasie intercurrente se manifeste, tel organe est atteint plutôt que tel autre.

XVI.

Le diagnostic de ces maladies, facile dans quelques cas, est le plus souvent difficile à établir, à cause du peu d'intensité des symptômes auxquels elles donnent lieu. Souvent une prostration subite, une dyspnée peu considérable, l'altération des traits de la face, un léger mouvement fébrile, peuvent seuls éveiller les soupçons du médecin; quelquefois l'attention la mieux soutenue ne saurait le faire reconnaître.

XVII.

Les phlegmasies intercurrentes exercent constamment une influence fâcheuse sur l'affection première; dans quelques cas rares, elles ne paraissent produire sur elle aucune modification; enfin dans quelques cas plus rares encore, elles semblent faire rétrograder ou disparaître la maladie primitive.

XVIII.

Dans ces divers cas, ces phlegmasies sont toujours une complication grave; presque constamment elles abrègent les jours des malades.

XIX.

Leur prognostic est donc toujours fâcheux ; il varie cependant en raison de l'intensité et de l'étendue de la phlegmasie, de l'organe qu'elle occupe, de la cause qui lui a donné lieu, et de l'état d'affaiblissement plus ou moins prononcé dans lequel l'affection primitive a plongé le malade chez lequel elle survient.

XX.

Les phlegmasies intercurrentes sont rapidement mortelles, lorsqu'elles se manifestent (ce qui est le cas le plus ordinaire) chez des individus épuisés par une maladie de long cours, qui a affaibli en eux les principales sources de la vie.

XXI.

Le traitement de ces phlegmasies doit être proportionné à leur intensité et à l'état dans lequel se trouve l'individu qui en est atteint. Lorsqu'elles surviennent à une époque avancée de la maladie primitive, lorsque déjà les forces sont considérablement diminuées, que les symptômes de réaction sont presque nuls, ce n'est qu'avec la plus grande réserve qu'on doit recourir aux émissions sanguines; dans ce cas, quelques sangsues appliquées sur les points douloureux, des révulsifs à l'extérieur, des adoucissans à l'intérieur, constituent la médication la plus convenable. Quand, au contraire, les phlegmasies intercurrentes se développent dans des circonstances opposées, que l'individu est encore fort, que les symptômes de réaction auxquels elles donnent lieu sont bien manifestes, on doit recourir aux évacuations sanguines, soit locales, soit générales. On emploie quelquefois avec succès les unes et les autres.

XXII.

Les fièvres dites *typhoïdes* reconnaissent le plus souvent pour cause une altération gastro-intestinale ; quelquefois, néanmoins, surtout chez les vieillards, elles sont le résultat de l'affection d'un autre organe ; chez eux une pneumonie, un érysipèle ou toute autre phlegmasie, peuvent donner lieu à l'ensemble des symptômes qui constituent la fièvre typhoïde.

XXIII.

Elles frappent les individus des constitutions les plus diverses ; peut-être même sont-elles plus communes chez les hommes d'un tempérament sanguin, et dont le système musculaire est fortement développé. Les jeunes gens en sont plus fréquemment atteints que les hommes de trente à soixante ans.

XXIV.

Leur invasion est quelquefois brusque ; le plus ordinairement les premiers symptômes d'affection typhoïde sont précédés d'un état que rien ne distingue d'une gastro-entérite ordinaire. Un de leurs phénomènes les plus constans, c'est la modification des évacuations alvines, qui deviennent tantôt plus abondantes, tantôt plus rares ; la diarrhée est plus commune que la constipation ; elle peut survenir quelquefois avant l'apparition des premiers symptômes, ou bien ne se manifester qu'à une époque plus ou moins avancée de la maladie.

XXV.

La douleur n'est nullement en rapport avec les désordres que l'on rencontre à l'ouverture des cadavres des individus qui succombent ;

souvent elle manque ; plus fréquemment elle est légère, rarement elle est intense.

XXVI.

Dans le traitement des fièvres typhoïdes, on doit insister sur les évacuations sanguines générales et locales, soumettre le malade à une diète sévère, ne recourir qu'avec une grande réserve, et vers la fin de la maladie seulement, à l'emploi des toniques, et empêcher, lorsqu'on le peut, le malade de se coucher constamment sur le dos, afin de prévenir la formation d'escharres au sacrum ; elles sont toujours d'une guérison difficile, et trop souvent entraînent le malade au tombeau.

PROPOSITIONS

DE

CHIRURGIE.

I.

La gangrène symptomatique est toujours le résultat du défaut de la circulation du sang dans la partie affectée, soit parce qu'il y a oblitération de l'artère ou des artères qui y portent le fluide nourricier, soit peut-être parce que le cœur et les artères de cette partie ne jouissent pas d'une force contractile assez considérable pour distribuer ce fluide. Ce dernier cas, s'il existe, doit être très-rare; pour moi, je n'en connais aucun exemple, tandis que le premier m'a paru toujours constant.

II.

La vieillesse paraît beaucoup prédisposer à cette maladie, car la plupart des observations que les auteurs rapportent ont pour sujet des vieillards. Je ne prétends pas néanmoins en vouloir exclure la jeunesse, car des faits prouvent que la gangrène symptomatique peut affecter les individus de cet âge, et même l'enfance: ces cas sont les plus rares, et les vieillards, je le répète, en sont le plus souvent affectés.

III.

La manière de vivre paraît être pour beaucoup dans la production de cette gangrène. Dans une alimentation trop succulente, on trouve tout ce qui est capable de produire des inflammations en général, et des inflammations artérielles en particulier. Néanmoins une mauvaise nourriture y prédispose tout autant, car on voit en France beaucoup plus de ces affections dans les hôpitaux que hors de ces établissemens, et cependant ceux-ci ne sont remplis que par des pauvres.

IV.

L'inflammation des artères, si elle n'y donne pas lieu, peut du moins être regardée comme une cause prédisposante.

V.

Un médecin ne peut déterminer le siége et la cause d'un écoulement chez la femme, s'il n'a préalablement introduit un spéculum.

VI.

La plupart de ces écoulemens chroniques tiennent à une affection du col de l'utérus, ou à une inflammation chronique de la muqueuse qui tapisse cet organe, ou bien encore de celle qui tapisse le vagin.

VII.

Un écoulement reconnu blennorrhagique peut-il communiquer des chancres? Je ne le pense pas : je crois que lorsque ce symptôme apparaît primitivement chez un homme qui a eu commerce avec une femme affectée de blennorrhagie, il existe chez cette même femme

des ulcérations dans l'intérieur du vagin, à une profondeur plus ou moins grande, ou sur le col utérin.

VIII.

Le traitement qui m'a paru le mieux réussir pour mettre fin à ces écoulemens interminables, et qui sont reconnus tenir à des ulcérations existant sur le col de l'utérus ou dans l'intérieur du vagin, ou à une inflammation de l'intérieur de l'organe utérin, est celui que l'on emploie à l'hôpital des Vénériens : il consiste, après avoir toutefois combattu les symptômes inflammatoires, s'il en existe, par les moyens ordinaires, à toucher avec le nitrate acide de mercure les ulcérations existantes, à injecter dans l'intérieur de l'utérus ce même liquide très-étendu d'eau (douze parties d'eau pour une d'acide), à introduire des tampons de charpie imbibés du même liquide qui a servi à faire les injections, qu'on laisse à demeure pendant environ deux heures, et qu'on remplace par d'autres tampons imbibés de sous-acétate de plomb : ceux-ci restent jusqu'au lendemain.

IX.

Une femme qui a subi l'amputation du col de l'utérus peut-elle concevoir? Je répondrai par l'affirmative ; j'ai vers moi deux observations qui prouvent ce que j'avance.

FIN.